



## Erklärung über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung nach § 34d Abs. 9 Satz 2 der Gewerbeordnung (GewO) i. V. m. § 7 Abs. 1 der Versicherungsvermittlungsverordnung (VersVermV)

für das Kalenderjahr: \_\_\_\_\_

Erlaubnisinhaber\*

natürliche Person

juristische Person

**Familienname, Vorname oder Firma mit Rechtsform** (bei juristischer Person bitte genaue Firmierung wie im Handels-,  
Genossenschafts- oder Vereinsregister angeben):

\_\_\_\_\_  
**Name des gesetzl. Vertreters** (bei juristischer Person):

\_\_\_\_\_  
**Straße und Hausnummer:**

\_\_\_\_\_  
**PLZ und Ort:**

**Geburtsdatum**

(bei natürlicher Person):

\_\_\_\_\_  
**Registernummer im Vermittler-  
register nach § 34d GewO:**

\_\_\_\_\_  
**Telefon:**

\_\_\_\_\_  
**E-Mail:**

**Weiterbildungsmaßnahmen:**

Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme mit Datum, Inhalt, Umfang in Stunden und in Anspruch  
genommener Weiterbildungsanbieter:

**Fortsetzung auf Seite 2**

\*Aufgrund des besseren Leseflusses wurde die männliche Bezeichnung gewählt; die weibliche Bezeichnung ist entsprechend  
mitzudenken.



Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme mit Datum, Inhalt, Umfang in Stunden und in Anspruch genommener Weiterbildungsanbieter:

**Bei nicht ausreichend Platz bitte ein Beiblatt verwenden oder die Nachweise mit beigefügen!**

Ich/Wir bestätige/n, dass die nach § 34d Absatz 9 Satz 2 GewO bestehende Verpflichtung zur Weiterbildung in einem Umfang von 15 Stunden innerhalb des oben genannten Kalenderjahres von mir/uns und den zur Weiterbildung verpflichteten Beschäftigten eingehalten worden ist.

#### **Datenschutzrechtlicher Hinweis:**

Die erfragten personenbezogenen Daten werden zur weiteren Bearbeitung des Antrages benötigt und im Sinne der Datenschutzgrundverordnung erhoben. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.ihk.de/schleswig-holstein/datenschutz](http://www.ihk.de/schleswig-holstein/datenschutz). Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt gemäß § 34d GewO Art. 6 Abs. 1 S. 1 c DSGVO i. V. m. § 3 LDSG SH u. § 11, 34d Abs. 10 GewO i. V. m. VersVermV

Ich versichere / Wir versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Gewerbetreibenden